

SÁNDOR JUDIT\*

## ÉLETVÉGI DÖNTÉS ÉLETRŐL ÉS HALÁLRA

*Az intenzív terápiás ellátás eszköztárának köszönhetően számos olyan összetett életvégi döntési helyzet jelent meg, amikor nem csupán a távozóban lévő terminális állapotú haldokló kezeléséről kell dönten, de a szempontok között szerepel a haldokló terhessége is. Mikképp kell kezelni egy perzisztens vegetatív állapotú vagy már az agyhalál állapotába jutott, de várandós egyént? Ki védi meg a jogait, és mely jogok maradnak fenn ebben az állapotban? Létezik-e postumus szülői döntés, amelyet lehetőség szerint figyelembe kell venni? Szerepe van-e itt a kegyeleti jogoknak, a nők reprodukciós jogainak? És mennyiben rokonítható ez az eset a cadaver szervtranszplantációval? A kérdés megválaszolásához több egymástól elkülönülten fejlődő jogterület egymásra vetítése szükséges. Az szerző az elemzés végén megoldási javaslatot is tesz.*

*„Kegyetlen légy s merész, s határozott;  
Ne félj, világra kit anya hozott,  
Neked nem árthat.”*

*Shakespeare, Macbeth  
(Szász Károly fordítása)*

Shakespeare *Macbeth* című drámájában Macduff – mielőtt végez Macbeth-szel –, elárulja, hogy idő előtt kivágták anyja hasából, tehát nem eleven anya szülte. Ez volt az egyik jóslat, ami beteljesedett; Macbeth-t nem győzheti le senki, akit anya szült. Történeti forrásokból ismerünk olyan eseteket, amikor az anya halála után közvetlenül véghezvitt császármetszéssel próbálták az életképes magzatot megmenti. Maga a császármetszés kifejezés<sup>1</sup> a római korból maradt fenn, és egyes feltevések szerint Julius Caesar születésének körülményeire utal, aminek ellentmond az a tény, hogy Caesar anyja túlélte fia születését.<sup>2</sup> Mindenesetre a rómaiak a várandós anya halála esetén testéből eltávolították a magzatot, elsősorban rituális okokból. Később nemcsak a temetkezés,<sup>3</sup> megkeresztelés miatt távolították el a halott anya méhéből a magzatot, hanem jelentősége volt a magzat megmentésének az örökös, az elsőszülött, az elsőszülött fiúgyermek biztosítása, megállapítása

\* PhD, full professor, Central European University Legal Studies, 1051 Budapest, Nádor u. 9.  
E-mail: sandorj@ceu.edu.

<sup>1</sup> A latin kifejezés a *caedere*, azaz vágni.

<sup>2</sup> Nem valószínűsíthető, hogy ezt a beavatkozást abban a korban bárki túlélhette.

<sup>3</sup> *A temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. tv. végrehajtásáról szóló 145/1999. (X. 1.) Korm. rend. 14. § (2) szerint: „A halva született magzat sírhelyét jelzőféval kell megjelölni, amelyen a temetés napját és a temetési hely sorszámát kell feltüntetni. (3) Halva született magzat, korai és középidős elhalt magzat eltemetése esetén a sírhelyen kereszt, fejfa vagy egyéb síremlék is elhelyezhető, és azon utónevet is fel lehet tüntetni.”*

céljából is. Az elmúlt évtizedekből egyre több, a korábbi esetekkel nem rokonítható, *postumus* terhességről is tudunk. Ezek közös jellemzője, hogy a magzat a fejlődés korai szakaszában van, esetleg még nem is életképes, és az egyébként halottnak nyilvánítható anya egyes életfunkcióit heroikus orvosi erőfeszítések révén hetekig vagy akár hónapokig abból a célból tartják fenn, hogy a magzati életkort növelni tudják egy esetleges későbbi császármetszés reményében. Ezek a heroikus beavatkozások nemcsak az intenzív ellátás etikai határait feszegetik, de szorosan kapcsolódnak az élet végén hozott döntések jogi dilemmáihoz is.

Az élet és nem utolsó sorban az intenzív ellátások fejlődése napjainkra számos olyan helyzetet hozott létre, amelyekben a halál kritériumai megállapíthatóak lennének, de a testet még meghatározott ideig különleges okokból mesterségesen működtetik. A különleges ok rendszerint egy másik élő személy életének megmentése szerv-transzplantáció révén; egy ennél is speciálisabb ok pedig az életképeség elérésére törekvés egy még meg nem született magzat esetében. Ha léteznek igazán nehéz jogi esetek, a terhesség mesterséges meghosszabbítása az élet végén minden bizonnyal idetartozik. Jelen írás keretében kísérletet teszünk arra, hogy számba vegyük a felmerülő jogi szempontokat és ezekkel összefüggésben a lehetséges válaszokat.

## 1. A SZÜLÉSRE ÉS REPRODUKCIÓRA VONATKOZÓ SZABÁLYOK

A fájdalomcsillapítás és a szülés kapcsolata sokáig tele volt tabukkal. A szülés megkönnyítésének egyházi tilalmát a pápa csak 1949-ben oldotta fel;<sup>4</sup> korábban ugyanis úgy gondolták, hogy a bibliai parancssal ellentétben a nők szülési fájdalmainak enyhítése.<sup>5</sup> Ennek következménye, hogy a világi törvényeket is tartósan uralta az a nézet, hogy a nők szükségképpen „büntetése” a fájdalmas szülés. Talán ebből ered az a mindmáig megfigyelhető fegyelmező hangvétel<sup>6</sup> szabályozás, ami a szülést, anyaságot, várandósságot övezi. Ezzel szemben a nők, emberi jogi aktivisták, feministák, bábák, szülőnők vagy akár a teológusnők között is szép számmal akadnak, akik szeretnék visszaállítani a nők büntetéstől mentes, aktív, alkotó szerepét<sup>7</sup> a szülés, majd az anyaság során. Tény, hogy még ma is kevesen gondolnak arra, hogy mi történhet a halálunk után a testünkkel, esetleg hogyan segíthetünk másokon szervadományozás révén. Maga az orvosi terminológia és a köznyelv is nagyon következtelen és bizonytalan, amikor például a szervdonort hol páciensként, hol halottként említi. A cadavert, azaz a hajdani páciens, orvostudományi kutatásra,

<sup>4</sup> B. Raymond FINK – Lucien E. MORRIS – C. Ronald STEPHEN: „The History of Anesthesia. Third International Symposium. Proceedings, Atlanta, Georgia, March 27–31, 1992” (Park Ridge: The Wood Library Museum of Anesthesiology 1992).

<sup>5</sup> „Igen megnövelem terhességed fájdalmát, fájdalommal szüldöd gyermekedet” (Mózes 3,16).

<sup>6</sup> Roger BROWNSWORD: *Rights, Regulation and the Technological Revolution* (Oxford: Oxford University Press 2008).

<sup>7</sup> Vörös Éva: „Magzatviz és keresztvíz” *Pannon Tükör* 2009/4. 5–17, [epa.oszk.hu/02300/02395/00045/pdf/Erted\\_vagyok\\_2008\\_06\\_03-06.pdf](http://epa.oszk.hu/02300/02395/00045/pdf/Erted_vagyok_2008_06_03-06.pdf).

szerv transzplantációra, bizonyos esetekben kutatásra is használják, de az intenzív ellátás eszköztárának köszönhetően fenntartható például egy agyhalott terhesége is bizonyos ideig. Ilyenkor etikai és jogi szempontból nagyon nehéz kérdések vetődnek fel. Rendkívül ritkán fordul elő ugyanis, hogy valaki még életében gondoljon az ilyen eset bekövetkeztére és előre rendelkezzen a kezelés, az életfunkciók fenntartásáról a magzat érdekében. Mivel a gyermek felnevelését, sőt már születését sem élheti meg a cadaver, ilyenkor a család többi tagjára hárul a döntés minden terhe. Orvosi szempontból pedig igen komoly kihívás az életműködés fenntartása, hiszen egyaránt költséges és bonyolult eljárásról van szó. Kérdés tehát, hogy milyen etikai és jogi kérdések merülnek fel ezekben a rendkívüli helyzetekben?

Az intenzív ellátás eszköztára bővülésének, valamint a reprodukív technológiák fejlődésének köszönhetően ma már számos *postumus* terhességre és szülésre kerül sor az apa halála után. Amennyiben azonban egy terhes nő eszméletvesztése vagy terminális állapota miatt nem képes a terhesség elviselésére, az előző helyzethez képest sokkal nehezebb orvosi és etikai kérdések adódnak. Miképp kell kezelni egy perzisztens vegetatív állapotú (azaz agyhalottnak nyilvánítható) vagy agyhalott, de várandós személyt? Ki védi meg a jogait, és mely jogok maradnak fent ebben az állapotában? Mennyiben befolyásolja a döntést, ha kiderül a perzisztens vegetatív állapotú vagy már agyhalott páciensről, hogy terhes? Létezik-e *postumus* szülői döntés? Szerepe van-e itt a kegyeleti jogoknak, a nők reprodukciós jogainak? És mennyiben rokonítható ez az eset a cadaver szervtranszplantációval?

Ezekben a ritka helyzetekben másról van szó, mint a klasszikus eutanázia-esetekben. Először is fontos megkülönböztetni az agyhalott terhességének mesterséges fenntartásától azt, amikor a várandós anya súlyos, terminális állapotú beteg, de még képes a döntéshozatalra és a terhességből viszonylag kevés idő van hátra. Számos ilyen eset ismert a szakirodalomban. Ilyenkor, amennyiben az anya erre képes, ő dönt,<sup>8</sup> de ha már nincs ebben a helyzetben, hozzátartozói – mint helyettes döntéshozók – *az ő akaratát* képviselve nyilvánítják ki a szándékát. Tehát ezekben az esetekben *a páciens önrendelkezési jogai* irányadóak. Sokkal nehezebb helyzet az, amikor már a halál megállapításának lenne helye és a terhesség még viszonylag korai. Ilyenkor, ha az anya életben tartásáért folytatott küzdelem elbukott, a halál megállapítása egyúttal a magzat halálát is jelentette. Ha már viszonylag előrehaladott a terhesség, megvan az esély arra, hogy császármetszést követően a fejlett magzatot inkubátorban lehessen felnevelni, de olyan esetekben, amikor a terhességből még több hónap van hátra, és a terhes anya halála bekövetkezik, általában nincs mit tenni, el kell fogadni, hogy a páciens halott.

<sup>8</sup> Rosamund Scott: „The Pregnant Woman and the Good Samaritan. Can a Woman Have a Duty to Undergo a Caesarean Section?” *Oxford Journal of Legal Studies* 2000/3. 407–436.

## 2. A HALOTTAKRA VONATKOZÓ ORVOSBIOLÓGIAI ÉS JOGI SZABÁLYOK

Napjainkra a halál biológiai és orvosi fogalma is összetettebbé vált. Elsősorban a szervtranszplantáció, a halottból való szervkiemelés lehetősége változtatta meg az orvosi szemléletet a halálról. Habár a szervtranszplantáció kivételes eset, itt a halál speciális kritériumok alapján történő megállapítása után rövid, csupán a feltétlenül szükséges ideig azért működtetik a halott szervezetét, hogy abból más életének megmentése érdekében még szerveket emeljenek ki. Ez ellen még életében tiltakozhat a páciens. A perzisztens kómában lévő terhes nő nem tekinthető azonban magzati szervdonornak. A reprodukció ugyanis nem analóg a szervadományozással. Ez az az eset lehetne, ha az agyhalott szülő szervadományozással segítené élő gyermekét.

Itt azonban nem erről van szó. Az emberi reprodukció az életet alapjaiban érintő helyzet, és nemcsak a genetikai továbbörökítés révén, hanem családi kapcsolatokat, így az anya és gyermeke közötti kapcsolatot is, keletkeztető meghatározó életesemény. A magzat biológiai függetlenségének esélye előrehaladott terhesség esetén sem jelent egyet az emberi kapcsolat létrehozásával. Az emberi reprodukció tehát nemcsak biológiai jelenség, hanem érzelmi köteléket keletkeztető történet is, azáltal, hogy nemcsak biológiai, genetikai tulajdonságokat hagyományoz a szülő a gyermekre, de neveli, példát mutat neki, az együttélés révén is alakítja személyiségét. Ideális esetben kölcsönös szeretetközösséget keletkeztet. Minél fejlettebb, bonyolultabb a civilizációnk, annál fontosabb a nevelés. Az emberi reprodukció nem tekinthető tehát pusztán biológiai aktusnak, miként az anyai szervezet sem tekinthető a magzat pusztai biológiai hordozójának. Ha pedig így van, akkor a perzisztens kómába jutott állapotos nő terhességének mesterséges fenntartása az anyai élet megmentésének esélye nélkül jogi és erkölcsi igazolásra szorul, és nem vezethető le sem a transzplantációs, sem pedig a betegek jogaira vonatkozó szabályozásból.

Ha az elmúlt években egyre gyakrabban felbukkanó esetek nyomán megjelenő cikkeket, nyilatkozatokat vesszük közelebből szemügyre, nyilvánvaló, hogy az orvosi terminológia és a köznyelv is nagyon következtelen és bizonytalan, amikor például a szervdonort hol páciensként, hol halottként említi.

Nehezíti még a jogi megoldást, hogy a reprodukció szempontjából nyilvánvalóan más a férfi és női test helyzete. Míg az embrió a férj halála után is ki tudja hordani a nő (és erre a magyar törvények lehetőséget is adnak), addig egy nő halála után nem képes a magzatot kihordani. Szélsőséges esetekben csak testének gépi működtetése jöhet szóba, mint technikai lehetőség. Ezzel kapcsolatban Douglas Shrader veti fel a kétszeres halál fogalmát.<sup>9</sup> 1983-ban Kaliforniában egy 48 óra megfigyelés alatt agyhalottnak minősített anya testének mesterséges működtetése révén egészséges újszülöttet tudtak világra segíteni. Shrader szerint ebben az eset-

<sup>9</sup> Douglas SHRADER: „On Dying More than One Death” *Hastings Center Report* 1986/February. 12–16.

ben elmondható az, hogy a személy január 26-án hunyt el, míg a biológiai szervezet március 29-én.

A reprodukív technológiák fejlődésének köszönhetően ma már számos postumus terhesség és szülés történik *az apa halála után*. Az *Astrue v. Capato*<sup>10</sup> esetben a férj daganatos megbetegedése miatt került sor a spermium lefagyasztására. Időközben a pár természetes úton gyermeket nemzett, és szerettek volna a gyermeküknek testvért is. A férj halála után a feleség in vitro eljáráshoz vette igénybe halott férje lefagyasztott spermáit, és így ikrei születtek 18 hónappal a férj halála után. Az özvegy szociális ellátásért folyamodott az ikrek nevében. A kérelem elutasítását követően került sor a bírósági felülvizsgálatra. Az első fokú bíróság álláspontja szerint az ikrek nem minősülnek az elhunyt gyermekeinek a társadalombiztosítási törvény alapján. A Fellebbviteli Bíróság a gyermekeket mégis a pár biológiai gyermekének minősítette, a Legfelsőbb Bíróság előtt folyó eljárásban azonban Ruth Bader Ginsburg bíró úgy foglalt állást, hogy a társadalombiztosítási törvény alapján helyes az az értelmezés, hogy az ikrek nem tekinthetők a házastárs gyermekeinek.

Öröklés, származás és a szociális ellátás szempontjából számos esetben vetődött fel a postumus reprodukció kérdése, amennyiben azonban egy terhes nő eszméletvesztése vagy terminális állapota miatt nem képes már a terhesség elviselésére, sokkal nehezebb orvosi és etikai kérdések adódnak. Hiszen a női reprodukció nem fejeződik be az ivarsejt átadásával, a halott test inkubátorként való működtetése viszont csak kivételes esetekben és az érintett nő még életében tett vagy vélelmezett, illetve hozzátartozói által képviselt szándéka alapján lehetséges. Ellenkező esetben a *Matrix* világa elevenedne meg, és akarva-akaratlan a női test tárgyasulásátához vezetne, mesterségesen működtethető cadaver méhként.

### 3. LEHETSÉGES JOGI ANALÓGIÁK: EUTANÁZIA, SZERV TRANSZPLANTÁCIÓ ÉS TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS

Ha a meglévő jogi szabályokból akarunk kiindulni, csak távoli analógiákra hagyatkozhatunk. Agyhalottra ugyanis nem vonatkoznak a terhességmegszakítás vagy akár a terhesgondozás szabályai. Ezeket a kérdéseket a jog még élő, esetleg terminális állapotba jutott páciens esetében rendezi csak. Halott esetében legfeljebb a szervtranszplantációra, illetve a kórboncolásra vonatkozó szabályokkal foglalkozik a jog. Az agyhalott anya szervezetének mesterséges működtetése a magzat életben tartása érdekében kétféle módon magyarázható. Az egyik, hogy az orvosi team fikcióval él, és élőnek tekinti, ezáltal vonatkoztatva rá a terhesgondozás szabályait. A másik, hogy a szervadományozás analógiájára meghatározott ideig életben tartja a test egyes funkcióit.

<sup>10</sup> *Astrue v. Capato*, on behalf of B. N. C. *et al.*, U.S. Court of Appeals for the Third Circuit, No. 11–159; argued on March 19, 2012, decided on May 21, 2012.

*A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv.*<sup>11</sup> tartalmazza a terhességmegszakítás szabályait, ezek azonban nem vonatkoztathatók olyan esetre, amikor az anya halálközeli állapotban van, vagy az agyhalál kritériumai egyébként megállapíthatóak lennének. Míg a törvény Preambuluma kinyilvánítja, hogy a fogantatással induló magzati élet tiszteletet és védelmet érdemel, a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelőssége. E magzatvédelmi törvény szerint a terhesség csak veszélyeztetettség, illetve az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén,<sup>12</sup> a törvényben meghatározott feltételekkel szakítható meg. Súlyos válsághelyzet az, amely testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi ellehetetlenülést okoz. A magyar szabályok szerint a terhesség a 12. hetéig szakítható meg, ha azt az állapotos nő egészségét súlyosan veszélyeztető ok indokolja, a magzat orvosiilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékosságban vagy egyéb károsodásban szenved, a terhesség bűncselekmény következménye, valamint az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén.<sup>13</sup> A terhesség a 20. hetéig – a diagnosztikus eljárás elhúzódása esetén a 24. hetéig – szakítható meg, ha a magzat genetikai, teratológiai ártalmának valószínűsége az ötven százalékot eléri.<sup>14</sup> A terhesség az időtartamától függetlenül szakítható meg az állapotos nő életét veszélyeztető egészségi ok miatt, illetve a magzatnál a szülés utáni élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség fennállása esetén.<sup>15</sup>

Jelen tanulmány célja nem az agyhalál, illetve az agytörzsi halál definíciója körül zajló viták bemutatása vagy kritikája, hiszen ez önmagában is egy átfogó, önálló elemzés célja lehetne.<sup>16</sup> Annyi azonban bizonyos, hogy a definíció több szempontból is tartalmaz bizonytalan elemeket és fogalmi problémákat. A halál kinyilvánítása azért jelent problémát egy-egy eset értelmezésekor, mert a halál legtöbbször egy folyamatnak tekinthető, amely folyamat egyes elemei jogi, etikai, vallási relevanciával is bírnak, míg más elemeknek orvosi, ápolási vagy transzplantációs szempontból van jelentőségük. Külső megítélésre a több egymástól különböző állapot hasonlóságot mutat, a halál kimondása után is megfigyelhetők egyes reflexek, vagy kimutatható még a vérkeringés, illetve a vérkeringés stabilitása sem jelent egyértelmű eligazodást, miként a légzés leállása sem.<sup>17</sup>

Az agyhalál definícióját először francia kutatók írták le 1959-ben, de akkor nem azzal a szándékkal, hogy az általuk leírt állapotot később halálnak tekintsék. A Harvardi Orvosi Egyetem később az irreverzibilis kómát<sup>18</sup> írta le, mint a központi

<sup>11</sup> Kihirdetve: 1992. 12. 23. Módosította: 2011. évi CLXXVI. tv. 161. § (1) a).

<sup>12</sup> 1992. évi LXXIX. tv. 5. § (1) d).

<sup>13</sup> 1992. évi LXXIX. tv. 6. § (1).

<sup>14</sup> 1992. évi LXXIX. tv. 6. § (3).

<sup>15</sup> 1992. évi LXXIX. tv. 6. § (4) a) b).

<sup>16</sup> Számos átfogó tanulmány jelent meg e témakörben. A japán és amerikai felfogás különbségeiről ír pl. Margaret Lock: *Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death* című művében (Berkeley: University of California Press 2001).

<sup>17</sup> Konstantinos G. KARAKATSANIS – John N. TSANAKAS: „A Critique on the Concept of Brain Death” *Law and Medicine* 2002/2. 127–142.

<sup>18</sup> „A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death” *JAMA* 1968/6. 337.

idegrendszer észlelhető aktivitásának megszűnését, és ez vezetett a halál új orvosi fogalmának kialakításához. A definíció kialakítását kétségkívül pragmatikus okok is sürgették, a transzplantáció igényei mellett az intenzív osztályok túlszűfolttsága is szerepet játszott.

Kétféle haláldefiníció került alkalmazásra: az egyik a teljes agyhalál, míg a másik az agytörzsi halál volt. Bár a definíció világszerte elterjedt, az állapot igazolásának kritériumai között máig vannak komoly eltérések. Az apnea-teszt<sup>19</sup> lefolytatásának is eltérő időintervalluma van az egyes országokban. A másik probléma az agyhalál definíciójával, hogy az irreverzibilitást nem lehet megállapítani tudományos eszközökkel. Az agyhalál és a mély kóma elhatárolása sem könnyű, bár erre léteznek bizonyos módszerek.<sup>20</sup> A koponyán keresztüli doppler-vizsgálat például az esetek nagy részében megnyugtató módon tud választ adni a kérdésre. Etikai és jogi kérdés az, hogy miként tekintendő tehát a távozóban lévő személy teste, felfogható-e a test eszköznek a személyiségtől elkülönült cél szolgálatában.

#### 4. A HALOTTBÓL VALÓ SZERVKIEMELÉS SZABÁLYAINAK ALKALMAZHATÓSÁGA

A magyar jog az egészségügyi törvény halottakkal kapcsolatos rendelkezésekről szóló XII. Fejezetében határozza meg a *klinikai halál* fogalmát, amely a légzés, a keringés vagy az agy működésének átmeneti megszűnését jelenti, és nem jelenti a halál vagy az agyhalál beálltát. Az *agyhalál* definíciója is szerepel, amely az agy – beleértve az agytörzset is – működésének teljes és visszafordíthatatlan megszűnése, míg a *halál* jogi definíciója az az állapot, amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljes megszűnése miatt a szervezet visszafordíthatatlan felbomlása megindul. Az agyhalál beállta után is lehet egészségügyi beavatkozást végezni az agyhalott páciensen, így például lehet úgynevezett cadaver donor<sup>21</sup> is. A magyar egészségügyi törvény szerint<sup>22</sup> halottból szerv, illetve szövet eltávolítására átültetés céljából akkor kerülhet sor, ha az elhunyt életében ez ellen nem tett tiltakozó nyilatkozatot.

Amennyiben még életében kórházba került a várandós anya, és kinyilvánította akaratát, kezelésére a gyógykezelés visszautasításának szabályai vonatkoznak. A hazai egészségügyi törvény szerint a cselekvőképes beteget általában megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné.<sup>23</sup> Az egészségügyi törvény szerint azonban a beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha váran-

<sup>19</sup> A légzés elmaradását igazoló teszt.

<sup>20</sup> Stuart YOUNGNER [et al.]: „Brain Death and Organ Retrieval. A Cross Sectional Survey of Knowledge and Concept among Health Professionals” *JAMA* 1989/15. 2205–2210.

<sup>21</sup> Donor: az a személy, aki szervet, szövetet adományoz más személybe való átültetés céljából, ill. akinek testéből halála után szervet vagy szövetet távolítanak el más személy testébe történő átültetés céljából.

<sup>22</sup> Eütv. 211. § (1). Megállapította: 1999. évi LXXI. tv. 17. §. Hatályos: 1999. 08. 01-től.

<sup>23</sup> Eütv. 20. § (1).



dós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.<sup>24</sup> A törvény ismeri az élő végrendelet intézményét is, ugyanis a cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére – közokiratban visszautasíthat életfenntartó, életmentő beavatkozásokat.<sup>25</sup>

A magyar jogszabályok egy rendelet mellékletében térnek ki az agyhalál megállapításának kritériumaira.<sup>26</sup> E szerint az agyhalált – amely az agy (beleértve az agytörzset is) működésének teljes és visszafordíthatatlan megszűnése – elsősorban klinikai vizsgálatok és a kórlefolyás alapján kell megállapítani. Az agyhalál diagnózisát műszeres vizsgálatokkal alá lehet támasztani. Elsődleges agykárosodás<sup>27</sup> esetén feltétlenül végzendő koponya CT. Az agyhalál megállapítása három lépésből áll. A hiányzó agyműködés irreverzibilitásának bizonyítása vagy kizárólag a klinikai tünetek és a kórlefolyás megfigyelésével, vagy a klinikai tünetek mellett kiegészítő műszeres vizsgálatok lefolytatása révén történik.

Az agyhalál megállapítása elsősorban klinikai tüneteken alapul.<sup>28</sup> A megfigyelés szükséges időintervalluma magzat esetében nincs rögzítve, de elgondolkodtató, hogy újszülött esetében rövidebb ideig kell a megfigyelést folytatni, mint egy felnőtt esetében. A kezelőorvos a beteg kóroki tényezői és a kórlefolyása alapján eldönti, hogy elsődleges vagy másodlagos agykárosodásról van-e szó, és ennek megfelelően határozza meg a szükséges várakozási időt. A hiányzó agyműködés irreverzibilitásával kapcsolatban a klinikai tünetek mellett többféle műszeres vizsgálati eredmény áll rendelkezésre.<sup>29</sup> Tehát, bár az agyhalál fogalma eddig elsősorban a szervtranszplantáció szempontjából volt jelentős, e cikkben tárgyalt számos rendkívüli esetben is megvan e szóhasználatnak a létjogosultsága.

<sup>24</sup> Eütv. 20. § (6).

<sup>25</sup> Eütv. 22. § (1).

<sup>26</sup> 2. sz. melléklet a 18/1998. (XII. 27.) EüM rend.-hez.

<sup>27</sup> Az agyhalált előidézhetheti elsődleges agykárosodás (az agy közvetlen károsodása), vagy másodlagos agykárosodás (az agy közvetett, hypoxiás károsodása).

<sup>28</sup> Ha csupán a klinikai tünetekre és a kórlefolyásra támaszkodunk, az agyműködés hiányára utaló tünetek megjelenése után az alábbi megfigyelési időszak szükséges: 1. felnőtteknél és gyermekeknél három éves kortól elsődleges agykárosodás esetén 12 óra, másodlagos agykárosodás esetén 72 óra; 2. öthetes kortól három éves korig mindkét esetben 24 óra; 3. újszülötteknél öthetes korig mindkét esetben 72 óra.

<sup>29</sup> 1. Transzkranialis Doppler (TCD) vizsgálat: Az agyhalál diagnosztikában bizonyító erejű vizsgálatként csak abban az esetben használható, ha ugyanolyan erősítéssel, ugyanolyan ultrahang szondával, besugárzási szöggel és vizsgálati mélységekben korábban áramlás volt detektálható az intrakraniális erekben. A vizsgálat csak abban az esetben bizonyító erejű, ha az agyhalál klinikai tüneteinek kialakulását követően két alkalommal végzett ismételt vizsgálat alkalmával ingaáramlást (a szisztole és diasztole azonos amplitudójú), szisztolés abortív csúcsokat (spike) talál a vizsgáló, vagy ha áramlás nem mutatható ki. A két vizsgálat között legalább 30 percnél kell eltelnie, és a két vizsgálati eredménynek egybehangzóan igazolnia kell a véráramlás megszűnését. Amennyiben már az első vizsgálatnál sem sikerül áramlást kimutatni, akkor az az irányadó, hogy az agyhalál tüneteinek beállta előtt végzett TCD-vizsgálattal volt-e kimutatható áramlás. Amennyiben az agyhalál tüneteinek beállta előtt nem sikerült áramlásmérést végezni az intrakraniális erekben, a TCD-vizsgálat nem alkalmazható megerősítő tesztként. Mindkét TCD-vizsgálat során írásos lelet készül valamennyi mérési paraméter feltüntetésével (mérési mélység, áramlási sebesség, pulzatilitási – szisztolés és diasztolés – index, erősítés).



## 5. AZ AGYHALOTT TERHES NŐ JOGI STÁTUSZA

Az „agyhalott állapotos nő” egy olyan köztes jogi kategória, amelyet az intenzív ellátás legújabb technikai lehetőségei teremtettek meg. Szoros értelmében nem vonatkoztathatóak rá a terhességmegszakítás szabályai, sem a gyógykezelés vizsautasításának joga; talán legközelebb állónak a halottból kiemelhető szervek jogi szabályozása tekintetű, bár a jog fogalmai szerint a magzat nem cadaver szerv. Az eddig ismert nemzetközi esetekből az is leszűrhető, hogy komoly jogi viták főként akkor keletkeznek, ha a család, főképp a férj vagy élettárs másképp dönt, mint az orvosi team.

A szakirodalomból számos esetet ismerünk, amelyek jelentős része sajnos emberi tragédiával végződött. Ilyen volt Susan Torres esete 2005-ben,<sup>30</sup> aki – bár úgy tűnt, hogy teljesen egészséges – tizenhét hetes terhesként agyvérzést kapott, majd ezt követően, amikor kórházba került, és agydaganatot állapítottak meg nála, annak ellenére, hogy nagyon rosszak voltak az életben tartás esélyei, a magzat érdekei miatt úgy döntöttek, hogy mégis megkísérlik életben tartani az anyát, amíg a magzat életképes nem lesz. A család pénzgyűjtésbe fogott, hogy a nagyon költséges intenzív ellátást fedezni tudják. 400 000 USD gyűlt össze az ún. Susan Torres Alapban. 2005. augusztus 2-án született meg Susan Ann Catherine Torres császármetszéssel. Susan 2005. augusztus 3-án halt meg, huszonhat éves korában, miután kikapcsolták az őt mesterségesen életben tartó készüléket. A kórház és Susan sógora az esetet úgy jelentették be, mint sikeres szülést. Szeptember 11-én az újszülött is meghalt, miután műtétet kellett rajta végrehajtani bélperforáció miatt.

Az Egyesült Államokban élénk vitákat kiváltó hasonló eset a *Muñoz*-ügy volt. 2014. január 23-án a texasi John Peter Smith Kórházban hosszas jogi huzavona után szüntették meg az életfunkciók mesterséges fenntartását *Marlise Muñoz*<sup>31</sup>-nál, aki terhességének tizennegyedik hetében tüdőembólia következtében az eszméletét veszítette, és meghatározatlan ideig oxigénhiányos állapotban volt, amikor férje a konyha padlóján fekvé megtalálta. Marlise élő végrendeletet is tett korábban,<sup>32</sup> amelyben határozottan kérte, hogy életét mesterségesen ne nyújtsák meg, ha már vegetatív állapotba jutott. A texasi törvények értelmében azonban nem utasíthatta vissza a gyógykezelést olyan személy, aki terhes volt. Ebből adódott a félreértés, ugyanis bár a törvény szövegezése több szempontból is vitaható, hiszen nem tesz különbséget az egynapos és a nyolchónapos terhesség között, a halottakra semmiképp sem vonatkoztatható, márpedig Marlise agyhalottként feküdt a kórházban, állapotán már nem tudtak segíteni. A család egyhangú állásponton volt a tekintetben, hogy Marlise szándékát tiszteletben kell tartani. Mind a férj, mind pedig az agyhalott nő édesanyja azonos véleményen volt, és együtt küzdöttek és

<sup>30</sup> Lásd [washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2005/09/12/AR2005091200669.html](http://washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2005/09/12/AR2005091200669.html).

<sup>31</sup> Lásd [edition.cnn.com/2014/01/29/health/texas-pregnant-brain-dead-woman](http://edition.cnn.com/2014/01/29/health/texas-pregnant-brain-dead-woman).

<sup>32</sup> Wendy Adele HUMPHREY: „But I’m Brain-Dead and Pregnant: Advance Directive Pregnancy Exclusions and End-of-Life Wishes” *William & Mary Journal of Women and the Law* 2015/3. 669.

kérték a gépek kikapcsolását, amelyet azonban a kórház a rosszul értelmezett és rosszul megfogalmazott texasi törvényre hivatkozással nem tett meg.

2013-ban hasonló eset történt Debrecenben is. Egy harminckét éves fiatal nő eszméletét veszítette, és pár napi küzdelem után az agyhalál állapotába került. Ekkor terhessége tizenötödik hetében volt. Ezt követően Debrecenben az amúgy agyhalottnak nyilvánítható anyát kilencvenkét napon át tartották életben, majd császármetszéssel élő és egészséges magzatot segítettek világra az orvosok. A császármetszésre azért kerülhetett sor, mert számos szakma képviselői sikeresen tudtak együttműködni, köztük aneszteziológusok, endokrinológusok, nőgyógyászok, neonatológusok, intenzív terápiás szakemberek vettek részt a terhesség fenntartásában. A császármetszés a terhesség huszonhetedik hetében történt. Bár az eset nem került bíróság elé, és nem tudunk etikai bizottság állásfoglalásáról sem, a sajtóhíradások alapján feltételezhető, hogy az érintett család tagjai azonos véleményen voltak, és mindnyájan szerették volna a magzat életének megmentését. A debreceni esetben tehát szerencsére nem merült fel a hozzátartozók egymással ellentétes véleménye, és nincs adatunk arra, hogy ne a terhes nő még életében kinyilvánított, vélelmezhető szándékát képviselték volna. Nem tudunk a kórházi team és a hozzátartozók közötti véleménykülönbségről sem, sőt a kórházi team egyes tagjai közötti véleményeltérésről sem. Igaz, ez talán azzal is magyarázható, hogy a hivatalos bejelentésre hónapokkal a sikeres császármetszés után került sor. A másik lehetőség, hogy a terhes anyát quasi élő inkubátornak tekintették, aki bár már halottnak tekintendő, a teste bizonyos funkcióit – mint egy emberi inkubátort – tartották fenn a magzat életesélyeinek javítására. A bravúros és sikeres életben tartási kísérlet tehát, ha nem is a hozzátartozók kifejezett kérésére történt, mindenképp az ő egyetértésükkel valósult meg. Az eset bejelentése hónapokkal a császármetszés után történt a család kimélete és a gyermek beazonosíthatóságának elkerülése érdekében. A kórházi team tehát szinte a magzat szülőjének, gondozójának szerepét vette át, tucatnyi orvosi szakma működött abban közre, hogy a terhesség fennmaradjon annak ellenére, hogy az anya már halottnak volt tekinthető.

Ez a rendkívüli helyzet a nemzetközi szakirodalomból ismert esetek alapján is nagyon megerhelő a hozzátartozók számára, hiszen elbúcsúzni sem tudnak hónapokig halott hozzátartozójuktól, miközben a magzat életéért is rettegnek. A *Muñoz*-esetben erről a sajátos és feldolgozhatatlan helyzetről meglehetősen nyíltan beszélt Marlise Muñoz édesanyja és férje is. Elmondták, hogy először a kórházi team is felkészült a búcsúztatásra, de aztán a texasi törvény értelmében az akaratuk ellenére folytatniuk kellett az életfunkciók fenntartását. Az édesanya és a férj jogi eljárásban küzdött a gép kikapcsolásáért, miközben látogatták a halott, de terhességét mesterségesen fenntartva páciensként kezelt Marisát, akin látták a szörnyű torzulást, az enyészetet. Az Egyesült Államokban tovább nehezíti még a helyzetet, hogy a heroikus küzdelem és a hosszan tartó, sokszor eredménytelen ellátás költségeit a legtöbb esetben a hozzátartozók viselik.

2015 áprilisában Nebraska államban szintén egy agyműködés jeleit már nem mutató, halott anya ötvennégy napig mesterségesen működtetett testéből császár-

metszéssel életképes magzatot tudtak eltávolítani. Az újszülött az Angyal<sup>33</sup> nevet kapta. A metodista egészségügyi intézményben több mint száz orvos, nővér és egészségügyi dolgozó megfeszített munkája volt szükséges ehhez. Az újszülött gondozását a nagymama vállalta magára. Az ő nyilatkozatában nemcsak a megmentett élet igenlése, hanem az elhunyt lányának való emlékéllítés is szerepet kapott.

Eutanázia-esetekből tudjuk, hogy komoly nehézségek támadhatnak abból is, ha az egyes hozzátartozók, például a férj és a szülő, másképp döntenek. Ilyen eset volt az évekig húzóódó Terry Schiavo<sup>34</sup> ügye, aki huszonhat évesen máig nem tisztázott körülmények között, valószínűleg szívroham következtében eszméletét veszítette, és ettől kezdve intenzív ellátásra és mesterséges táplálásra szorult. Az ügyben a férj volt az, aki többször kérte a mesterséges táplálás megszüntetését, míg a lány szülei a táplálás további folytatása mellett foglaltak állást.

## 6. LEHETSÉGES JOGI MEGOLDÁSOK

Álláspontom szerint a jövőben az agyhalott vagy annak nyilvánítható páciens terhességének fenntartására átgondolt, az elhunyt életében tett nyilatkozataira alapozó szabályozás szükséges. Nem vonatkoztatható ugyanis ezekre a helyzetekre az ellátás visszautasításának joga, hiszen nem életveszélyes állapotba jutott páciens gyógykezeléséről van szó, nem is terminális állapotba került betegről, hanem az agyhalál küszöbén állóról vagy az agyhalál állapotába jutottról. Nem jöhet szóba az állapotos nő önrendelkezési jogainak korlátozása sem (ami nálunk véleményem szerint meglehetősen szélesre sikeredett az egészségügyi törvényben), mert ez merőben más helyzet. Az önrendelkezési és kegyeleti jogok mellett figyelembe kell venni a terhesség előrehaladtát is. Egy életképes magzat esete másképp ítélendő meg, mint életképtelen korai terhesség esetében, ahol az anya teste csak inkubátorként működtetett biológiai gép. Biztosan vannak olyanok, akik úgy rendelkeznek, hogy kövessenek el mindent a magzat életben tartására, mert megvan a családi háttér, esetleg így marad fenn egy családi szál és az anya ebben látja életének folytatását. De elképzelhető olyan eset is, hogy nincs meg a szükséges családi háttér, az anya méltósággal szeretne távozni, ha már halott, azt akarja, hogy halottként kezeljék, hagyják elmenni. Ezt is tiszteletben kell tartani. Természetesen vannak olyan esetek, amikor hiába kérte az anya életében, és hiába kéri a család, a magzat életesei olyan csekélyek, súlyos fogyatékossgal való megszületése oly mértékben valószínűsíthető, hogy orvosi szempontból nem teljesíthető a terhesség fenntartásának kérése.

Úgy vélem, hogy egy állapotos nő teste sem életében, sem halálában nem tekinthető pusztá tárgynak; ha ez így lenne, a nők iránti egyenlő tisztelet és méltóság

<sup>33</sup> Lásd [lifeneews.com/2015/05/01/baby-angel-is-born-after-doctors-keep-brain-dead-mother-alive-to-give-birth/](http://lifeneews.com/2015/05/01/baby-angel-is-born-after-doctors-keep-brain-dead-mother-alive-to-give-birth/).

<sup>34</sup> *Schindler v. Schiavo*, Civil Action No. 8:03-CV-1860-T-26-T-TGW, *Schiavo v. Bush*. No. 03-008212-CI-20 (Cir. Ct. Pinellas County, Florida).

elve sérülne. A modern képalkotó eljárásoknak köszönhetően egyre inkább „meg-elevenedik”, megszemélyesül a magzat. A technikai fejlődést jelzi, hogy egyre több újszülött és magzat életét tudjuk ma már megmenteni, de az élet mellett a jog tisztelti a hadoklót, illetve a halott kegyeleti jogait is.

## 7. ÉLŐ VÉGRENDELET ÉS A VÁRANDÓSSÁGI KLAUZULA

Ahol előzetes nyilatkozat formájában lehet előre rendelkezni a későbbi cselekvőképzetlenség esetére a gyógykezelések visszautasításáról, és van is ilyen nyilatkozat, a fennmaradó jogi kérdés az, hogy vajon érvényes-e ezen rendelkezés az érintett várandós állapot esetén.

2012-ben egy amerikai nőpolitikai kutatóközpont<sup>35</sup> megvizsgálta ötven amerikai államban az úgynevezett terhességi klauzulákat. Ez alapján öt különböző jogpolitikai gyakorlat különböztethető meg egymástól:<sup>36</sup> az egyik lehetséges jogi modellben a várandós nők jogainak erős korlátozása figyelhető meg. Ez azt jelenti, hogy az előzetesen tett rendelkezést (a mesterséges életmehosszabbításról) érvényteleníti az érintett terhessége. Ebbe a csoportba 12 állam tartozik, köztük Alabama, Idaho, Indiana, Kansas, Michigan, Missouri és Dél-Karolina.

A második csoportba olyan államok tartoznak, amelyek alapvetően elfogadják a terminális betegek jogait, csupán a magzat életképessége szab határt, és akkor lehet életfenntartó kezelést folytatni, ha a magzat életképes és valószínűsíthető, hogy életben tartható a születésig. A terminális betegek jogait elfogadó, de az életképességi határt is figyelembe vevő államok csoportjába tartozik Alaska, Arizona, Arkansas, Illinois, Iowa, Kentucky, Montana, Minnesota, Nebraska, Nevada, New Hampshire, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, Dél-Dakota, illetve Kentucky. Észak-Dakota és Pennsylvania államokban nem lehet továbbfolytatni az életben tartást, ha ez csillapíthatatlan fájdalmat okoz az állapotos nőnek.

Vannak olyan államok, ahol az életképesség a döntő a testi funkciók mesterséges fenntartása esetén. Georgia államban úgy rendelkezik a jogszabály, hogy akkor lehet beszüntetni a beteg életfenntartó kezelését, ha a magzat nem életképes, és az állapotos nő korábban tett rendelkezést a kezelés beszüntetéséről.<sup>37</sup> Végül vannak olyan államok, ahol a *living will* szabályozásán belül nincs külön rendelkezés az állapotos nőre nézve. Érdemes kiemelni, hogy Louisiana államban a törvényhozás igyekezett figyelembe venni az agyhalottnak minősített várandós anya komplex helyzetét, ezért abban az esetben tiltja a mesterséges életbentartás beszüntetését,

<sup>35</sup> Megan GREENE – Leslie R. WOLFE: „Pregnancy Exclusions in State Living Will and Medical Proxy Statutes” *Reproductive Laws for the Twenty-First Century Papers* (Center for Women Policy Studies, August 2012).

<sup>36</sup> Hannah SCHWAGER: „The Implications of Exclusions. How Pregnancy Exclusions Deny Women Constitutional Rights” *Cardozo Public Law, Policy & Ethics Journal* 2015/2. 595.

<sup>37</sup> Katie RINKUS: „The Pregnancy Exclusion in Advanced Directives. Are Women’s Constitutional Rights Being Violated?” *Public Interest Law Reporter* 2014/2. 94–100.

ha a szülészorvos megállapítja, hogy a terhesség legalább húsz hetes és a várandós agyhalott anya testi funkciói ésszerűen fenntarthatók az élveszületés eléréséhez.

Ha alkotmányjogi szempontból közelítünk ezekhez az esetekhez, akkor itt az élet védelmének és a magánéleti jogok védelmének van döntő jelentősége. 1973-ban az amerikai Legfelsőbb Bíróság a *Roe v. Wade*<sup>38</sup> ügyben trimeszterekre osztotta fel a várandósság idejét, amelyekben az állam szabályozási lehetőségei eltérők. Míg az első trimeszterben döntően magánéleti kérdés a terhesség, a későbbiekben fokozatosan növekvő jelentősége van az élet védelmének.<sup>39</sup> 1992-ben a *Planned Parenthood v. Casey* esetben<sup>40</sup> azonban a Legfelsőbb bíróság hozzányúlt a trimeszter kategóriákhoz, és alkotmányosnak talált egyes az első trimeszter idejére érvényes szabályokat. A *Casey-eset* fogalmazta meg az ún. *undue burden* (nem megfelelő teher) szabályt. Amikor az állapotos nő perzisztens vegetatív állapotba jutott, távozóban lévő beteg, az eutanázia kérdését megnehezíti az élet védelméről alkotott eltérő világnézeti és jogi felfogás is. Rosamund Scott mutatott rá, hogy a várandósság esetében vélelmezett anya-magzat konfliktus feloldásában sokáig tévesen alárendelték az anya jogait a magzaténak.<sup>41</sup>

A testi integritás védelme nagyjából azt jelenti, hogy senkit nem lehet jogellenes testi kényszernek kitenni. A terhességre vonatkoztatva ez azt jelenti, hogy a terhességre vonatkozó magánéleti döntészet azokkal a nyomós állami érdekekkel kell összemérni, amelyek az élet fenntartása iránt nyilvánulnak meg: az öngyilkosság megelőzése, ártatlan harmadik személyek védelme, az orvosi pálya etikai integritásának védelme iránt.

## 8. A MAGZAT VÉDELME AZ ÉLETKÉPESSÉGI KOR ELÉRÉSE ELŐTT

Azoknak a *living will* szabályozásoknak, amelyek a korai terhességre vonatkoznak, amikor a magzat még nem életképes, szigorú alkotmányossági mércének kell megfelelniük, ha az önrendelkezési jogot korlátozni kívánják. Alkotmányossági szempontból tekintve nem lehetne eltérő módon megítélni az állapotos nő jogait pusztán az egészségi állapota alapján. Amikor egy súlyos betegség következtében valaki öntudatlan állapotba kerül, ez jogi szempontból nem jelenti az emberi méltóság vagy a magánéleti jogok megszűnését, vagy felfüggesztését.<sup>42</sup>

<sup>38</sup> *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

<sup>39</sup> Robert H. BLANK: „Judicial Decision Making and Biological Fact. *Roe v. Wade* and the Unresolved Question of Fetal Viability” *The Western Political Quarterly* 1984/4. 584–602.

<sup>40</sup> *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833; 112 S. Ct. 2791; 120 L. Ed. 2d 674 (1992).

<sup>41</sup> Rosamund SCOTT: *Rights, Duties and the Body. Law and Ethics of the Maternal-Fetal Conflict* (London: Bloomsbury 2002).

<sup>42</sup> Janice MACAVOY-SNITZER: „Pregnancy Clauses in Living Will Statutes” *Columbia Law Review* 1987/6. 1280.

## 9. DÖNTÉSHOZATAL TERMINÁLIS ÁLLAPOTÚ VÁRANDÓS NŐ GYÓGYKEZELÉSE ESETÉN

Az eutanázia-esetekkel való összefonódást és részben más jogi analízist kíván meg az az eset, amikor a várandós nő igen súlyos, gyógyíthatatlan és szenvedésekkel járó betegségben szenved, ami előbb-utóbb halálhoz vezet. Ilyen helyzetre példa az *Angela Carder*-eset.<sup>43</sup> Carder egy nagyon súlyos betegségben, Ewing-szarkómában szenvedett. Betegségét már 1973-ban diagnosztizálták.<sup>44</sup> Akkor mindössze tizenhárom éves volt. Kísérleti chemoterápiás kezelésben részesítették és sugárkezelést is alkalmaztak nála, ő volt az első, aki túlélte ezt a kezelést. A kezelések hatására azonban megrövidült a lába, és számos korrekciós műtétet kellett rajta végrehajtani, de gyógyultnak tekintették. 1984-ben beleszeretett egy férfiba, és közös életet terveztek.

1984-ben mégis kiújult a betegsége, és teljes lábamputációt kellett végrehajtani. 1986-ig folytatták a chemoterápiás kezelést. Ezután állapota ismét rendeződött, tudott munkát vállalni, és összeházasodott a barátjával. Boldog volt, amikor megtudta, hogy gyermeket vár. Nőgyógyásza az ún. magaskockázatú terhességgel foglalkozó klinikára utalta, ahol kezdetben úgy tűnt, hogy minden rendben van. 1987 júniusában azonban légzési problémák léptek fel nála, és a tüdőrontgen súlyos rendellenességet mutatott ki nála a tüdőben és a jobb lábában is. Fájdalmai is voltak, és megállapították, hogy nem gyógyítható, hónapjai, esetleg csak hetei vannak hátra. Intenzív osztályra szállították. Terhessége huszonötödik hetében volt, és chemoterápiás kezelést nem alkalmazhattak nála, tehát a cél a terhesség megóvása volt, addig, amíg a magzat életképességét el nem éri. A beteg állapota tovább romlott, és az orvosok úgy ítélték meg, hogy a magzat elérte az életképességi kort, ami számukra a magzattal szemben is kötelezettségeket eredményez. A család azt kérte, hogy a páciens szenvedéseit csökkentsék, még ha ez a magzat kárára is megy, csak hogy a hosszú szenvedés után békésen távozhasson. Mivel a család nem adta beleegyezését a magzat életben tartására, a magzat számára gondnokot rendeltek ki arra tekintettel, hogy elérte a huszonhat hetes kort, és életképesnek minősítették. Ez a választóvonal a *Roe v. Wade*<sup>45</sup> esetből származik, de az esetből nem következik, hogy a haldokló anyán akarata ellenére császármetszést végezhetnek. Dr. Hamner és a kezelésben részt vevő más orvosok ezért gyorsított jogi eljárást indítottak. Sullivan bíró a helyszínre sietett, és a kórházban folytatták le a bírósági tárgyalást. A kórház jogásza, a páciens kirendelt jogásza, az orvosok tanúként szerepeltek a méhmagzat számára pedig gondnokot rendeltek ki. Dr. Hamner szerint a huszonhat hetes magzatnak ötven-hatvan százalékos esélye van a túlélésre, de hozzátette, hogy a konkrét esetben az anya állapota és súlyos betegsége miatt ez az esély még kisebb. Az eset azóta is számos bioetikai és jogi elemzés tárgya.

<sup>43</sup> In re A.C. 573 A.2d 1235 (1990).

<sup>44</sup> Ellen ALDERMAN – Caroline KENNEDY jogászok részletesen feltárták az Angela Carder-ügy hátterét is *The Right to Privacy* című könyvükben (New York: Alfred A. Knopf 1995).

<sup>45</sup> Lásd 33. ljt.



## 10. KONKLÚZIÓ

Amint az eddigiekben láttuk, nincs megnyugtató jogi válasz arra, hogy milyen jogi megoldást kell alkalmazni annak a várandósnak az esetében, aki egyébként halottnak lenne nyilvánítható, még nem életképes magzatot hordoz, és akinek a várandósság viseléséhez szükséges testi funkciói rendkívüli beavatkozások révén fenntarthatóak. Amennyiben a várandós, bár terminális állapotú, még életben van, az emberi méltóság úgy diktálja, hogy a szenvedések csökkentése legyen a döntő szempont. Az emberi méltóság más elemei kapnak jelentőséget akkor, ha már nincs kimutatható agyműködés, és a gépek kikapcsolását pusztán a várandósság ténye hátráltatja. Ebben az esetben a magzati életképességnek komoly jelentősége van, nem mindegy sem etikai, sem orvosi, sem jogi szempontból, hogy napok, hetek, vagy hónapok vannak-e még hátra a terhességből. A halott emlékének, emberi méltóságának a lehetőségekhez mérten a legkevésbé szabad sérülnie, amennyiben a magzat életben maradásának komoly esélye fennáll.

Mint láttuk, a perzisztens vegetatív állapotba jutott állapotos nő terhességének mesterséges fenntartására jelenleg nincs egyértelműen alkalmazható szabály. Nem beszélhetünk szervtranszplantációról, sem a gyógykezelés visszautasításáról, sem pedig terhességmegszakításról. A hosszan, mesterségesen működtetett test komolyabban érinti az emberi méltóságot, mint a megfelelő jogi feltételek mellett végzett szervkiemelés. Az emberi méltóság egyes elemeinek védelme nem szűnik meg a halállal.<sup>46</sup> Ezért jogos a felháborodás a holttestek közszemlére bocsátása miatt, vagy a halottból az életében adott hozzájárulása nélkül vagy a tiltakozása ellenére kiemelt szervek gyógyászati használatával szemben. A cadaverből való szervkiemelés után a holttestet a lehető legrövidebb időn belül a kegyeleti szempontoknak megfelelően helyerállítják. Egy hosszabb ideig biológiai hordozóként működtetett holttest nemcsak a hozzátartozók számára lehet pszichésen megterhelő, de érezzük, hogy a személyiség és a test sorsának ilyen radikális elválasztása az emberi méltóság tiszteletének kérdését is felveti. Ha ehhez még hozzávesszük azt, hogy ilyen szélsőséges helyeztek csupán az egyik nemet, a reprodukciós jogok szempontjából amúgy is sérülékenyebb, történetileg számos a reprodukciót érintő diszkriminációnak, jogsértésnek kitett női nemet érinti, mindeképp óvatos és körültekintő jogi megoldásra lenne szükség.

A legmegnyugtatóbb megoldás nyilván a várandós nő életében tett jognyilatkozatának figyelembevétele lenne. Hisz az ő méltóságáról, kegyeleti jogairól, családjáról, testéről, reprodukciójáról, magzatáról van szó. Mivel nálunk minden nő jár terhesgondozásra, ez viszonylag könnyen kivitelezhető lenne, nyilván a tájékoztatás mikéntjén sok múlik, hiszen ilyen ritka és szélsőséges eset előfordulási lehetőségéről mindenképp csak kiméletes módon lehet valakit tájékoztatni. E nyilatkozat hiányában viszont két különböző, megdönthető vélelem felállítása jöhet szóba, egy az életképes és egy az életképtelen magzat esetében. Az életképtelen magzat ese-

<sup>46</sup> Aharon BARAK: *The Human Dignity: The Constitutional Value and the Constitutional Right* (Cambridge: Cambridge University Press 2015) 239.



tében a vélelem az, hogy az anya halálával a magzat halála is bekövetkezik, míg az életképes magzat esetében az anya halála esetén a magzat életét lehetne vélelmezni, amennyiben rövid, behatárolt idejű életfenntartása után a magzat császármetszéssel való világra segítése lehetséges. A jövő kérdése, hogy vajon az életképességnek a terhesség mind koraibb szakaszába való előretolódása mennyiben sokasítja majd meg ezen esetek számát.